174-衆-厚生労働委員会-12号 平成22年3月26日
高橋千鶴子議員、山口和之議員の質問に対し、山井厚労政務官　答弁

○高橋（千）委員　日本共産党の高橋千鶴子です。
　群馬県の無届け有料老人ホーム「たまゆら」で十人もの犠牲者を出した火災事故からちょうど一年がたちました。私も現地調査に赴き、本委員会で質問させていただきましたが、身寄りのない犠牲者の御遺骨を特定できずにいる、こうした現実を本当に重く受けとめました。
　そしてまた、十三日には、札幌市のグループホーム「みらい　とんでん」の火災事故で、七名の犠牲者を出してしまいました。本当に心からお悔やみを申し上げたいと思います。
　きょうは最初に、通告の趣旨とは若干違うかもしれませんけれども、グループホームの研究者である山井政務官にぜひお伺いをしたいと思います。
　この「みらい　とんでん」は、夜間に職員が一人、スプリンクラーも自動火災報知機も設置をされておりませんでした。しかし、法令違反ではなかったわけであります。義務基準の外であったと。
　また、毎日新聞の北海道版二十日付によりますと、「お金がない中、よくお世話をしてくれた。本当に安心して暮らせていたのに」と、ただ一人無事救助された八十三歳の女性の娘さんの声を紹介しております。また、同じ記事によりますと、ＮＰＯ福祉サービス評価機構Ｋネットが〇八年十二月に作成した「みらい　とんでん」の外部評価結果には、「家庭的な雰囲気を色濃く残す」「和やかな触れ合いは認知対応の生活での新たな可能性といえる」と記され、「たまゆら」とは違って、市への苦情も一件もなかったとされております。
　もちろん、住民参加の避難訓練がされていないなどの問題点も指摘をされているところでありますが、基本的に国が目指す認知症ケアの方向に合致し、しかも法令違反ではないところでこのような大きな犠牲を防げなかった。このことについて、国としてどう考え、どのように取り組んでいこうとしているのか、簡潔にお答えください。
○山井大臣政務官　高橋委員、御質問ありがとうございます。
　まさに今回のことに関しては、個々個別のグループホームの問題であったというとらえ方ではだめだというふうに思っております。やはり今回のことを反省材料として、国土交通省、総務省、そして厚生労働省で緊急プロジェクトチームを発足させまして、今、実態調査を行っております。
　最新の大まかな状況でありますが、奈良県奈良市だけを緊急調査しましたところ、認知症の高齢者グループホームにおけるスプリンクラーの設置割合は四八・七％ということが、今回初めてわかりました。このこと一つとっても、防火体制の現状等も残念ながら十分に把握されておりませんでした。
　そこで、今、三省庁合同になりまして、一カ月間をかけまして、消火器がどうなのか、スプリンクラーがどうなのか、火災報知機がどうなのか、また、夜勤の体制がどうなのか、職員体制あるいは入所者の状況はどうなのか、そういうことを緊急に調査をしているところであります。
　それを踏まえまして、今後、スプリンクラーの設置の要件について、また補助額について、また、スプリンクラー以外についても補助が必要なのか、そういうことも含めて、一カ月をめどに調査結果をまとめていきたいと考えております。
○高橋（千）委員　今、一カ月をめどにというお答えでありました。スピード感を持って取り組まなければならないという決意が述べられたと思うんですけれども、小規模施設に対応した防火対策に関する検討会報告書というのは、実は、ことしの二月に出ておりまして、こうした火災事故が繰り返される前に、「たまゆら」の問題ですとか長崎県の問題ですとか、あるいはいわきの小規模な施設の火災事故を踏まえて、そういう対応は既に出されていたわけで、スプリンクラーの設置など、あるいは火災通報機、警報器の設置なども、どんな小規模な施設であってもやはり取り組むべきではないかと提案をさせていただきたいと思います。
　同時に、この報告書の中で、出火及び延焼拡大の防止として、今回はストーブだったわけですよね、そうではなくてエアコンですとかあるいは電磁調理器など、そもそも火の気を断つという考え方、あるいは、カーテンや避難路などの防炎化などということも指摘をしています。こうした耐火構造の支援というものも交付金の中に組み

込んでいく考えはないのかというのが一つです。

それから、夜間加算、こうしたグループホームでも使えるものがありますが、二十五単位ということで、十人いるホームだとして月に七万五千円程度で、一人ふやすには余りにも足りな過ぎるわけであります。複数配置がどうしても必要だと考えますけれども、見解をお聞かせください。

○山井大臣政務官　質問ありがとうございます。

もともと、このグループホームは宿直であったわけですが、夜勤が必要だということで夜勤に格上げしていった。かつ、今は九人に対して一人の夜勤でありますが、それだけでは不十分な場合もあるということで二十五単位、加算に関してつけておりますが、これも十分ではないという御指摘も数々いただいております。さらに、グループホームに関しましては、外から、訪問看護も介護保険の中で受けられるようにしてほしいという重度の方がふえておりますので、そういう要望もいただいております。

今後、やはり小規模で家庭的な雰囲気のグループホームというのはますます重要になってまいりますので、これをどういう形で支援していくのかということは、今回の夜勤のことも含めて、今後検討していかねばならないと思っておりますし、防火、耐火構造についてのことも、今回の緊急対策プロジェクトチームは消防庁とも国土交通省とも共同でやっておりますので、その一カ月の議論の中で検討してまいりたいと思います。

○高橋（千）委員　ぜひ、具体的に予算措置という形で、成果が出るように期待をしたいと思います。

やはり認知症のグループホームでは、一人が徘回を始めると、もうそれだけでほかの入所者に手が届かなくなるという実態があるわけですから、そういう方たちだけが集まっているわけですから、本当に人手が足りないというのはだれが考えてもわかるわけで、また同時に、認知症の家族を抱えている介護の悲惨さということも今大きな社会問題となっていて、国としてはそういう方向に向かっていくんだろう、しかし、そうであるがゆえに、こうしたことを繰り返さないための体制づくりは本当に必要だということを重ねて指摘したいと思います。

また、一つの御提案ですけれども、当然、行政との連携や地域ぐるみでの避難訓練というのはやらなければならないことでありますけれども、もし自分やあるいは自分の家族が認知症になったらどうしようかという不安はだれもが抱えております。ですから、そういう方たちを、いわゆる研修を行政が行って、認知症サポーターという形で、地域が支える側に回る。それが全体として社会が支えていくという方向に向かっていきますので、長野ですとかいろいろなところでそういう取り組みが始まっているようであります、大いに研究して応援をしていただきたいと思います。

さて、今回の法改正は、介護保険前に特別養護老人ホームに措置入所されていた方の負担軽減という経過措置を延長するものでありますので、当然賛成でございます。

そこで、先ほどのあべ委員の質疑にもございましたが、厚労省はことしの一月に、特別養護老人ホームの待機者について、四十二万一千人と発表いたしました。

二十三日付の毎日新聞で、山井政務官は、この四十二万人のうち在宅で要介護の四や五の方、つまり重症の方という意味だと思うんですが、六万七千人について早急に対応すると述べております。まず、この意味と、そうすると、同じ重度の方でも、病院や有料老人ホームなどさまざまなところで待機されている方は、まだ十一万人残されているわけです。料金が見合いではないとかさまざまなことがありながらも、とりあえず、いるところがないのでそういう施設にいる方、この方たちは考慮しないということになるのか、また介護度三以下はどうなるのか、伺います。

○山井大臣政務官　御質問ありがとうございます。

この四十二万人の施設利用希望者の中で、要介護四から五でかつ在宅の方、この方々が最優先だと思いますが、昨日も発表させていただきましたが、例えば、たんの吸引等の医療行為も、介護職員の方々が一定の研修のもと利用できるようにさせていただく方向であります。そういうふうなことを含めて、より多くの方が施設を利用しやすくする。

ただ、同時に、そのことに関しては、先ほどあべ委員に答弁させていただきましたように、三年間で十六万床と言っておりますが、これは三年間の中でもできるだけ前倒しできないかということで、今市町村にお願いをさせていただいております。

また同時に、幾ら施設をつくっても追いつかないところがありますので、今後、やはり夜間でもホームヘルパーや訪問看護婦さんが行って、二十四時間三百六十五日体制で、願わくば、望めばターミナルまで在宅で暮らしていけるような社会をつくって、在宅か施設とを選べるような形にしていく。そういう意味では、特養の待機者を減らすことは、やはり在宅をしっかりとやっていくということとセットでやっていかねばならないのではないかと考えております。

○高橋（千）委員　最後に、大臣に伺いたいと思います。

この今の問題はもう少し具体的な計画を示していただきたいと思うんですけれども、いずれにしても、先ほどの答弁にもあるように、どうしても受け皿づくり、規制緩和の方向、それから在宅重視ということが、当然方向としては考えているのだろうと思うんですね。

そこで、先ほど来議論している安全対策の面、それと人員配置の面で緩和をし過ぎるということは、結局、今の事故の教訓と相反することになるわけですね。そことの見合いをどうするのかということと、これからの、やはり今の経過措置の方たちは低所得者の非課税世帯であるわけですけれども、ユニット型中心の施設整備などでは、生活保護世帯や非課税世帯という方は入る施設がなくなってしまうわけですね。そういう低所得者対策をやっていかなければ、できないということもあるわけですが、その辺、一言お願いいたします。

○長妻国務大臣　低所得者対策ということでありますが、平成二十六年度における特養の入所定員のうち七〇％以上をユニット型施設とするのを目標に掲げております。特養は、これは住むわけでありますので、やはりユニット型というのが望ましいというふうに考えておりますが、そのときのやはり自己負担というのが大部屋に比べると上がってしまうという問題もありますので、こういう問題についても、二年後の同時改定等で検討課題になるというふうに考えているところであります。

○高橋（千）委員　まだまだ課題がありますが、時間が来たので、また次にいたします。

ありがとうございました。

○藤村委員長　午前十一時四十分から委員会を再開することとし、この際、休憩いたします。

午前九時四十六分休憩

◇

午前十一時四十分開議

○藤村委員長　休憩前に引き続き会議を開きます。

質疑を続行いたします。山口和之君。

○山口（和）委員　長妻大臣が欠席ということで、褒め殺しにしたかったなと思っていたんですけれども、それができないということがとても残念ですが……。あれっ、ありがとうございます。

私は、約三十年近く、理学療法士としてリハビリテーションの世界で仕事をしておりました。その意味から、鳩山総理の所信表明のスピーチについては身震いする思いで聞いていたことを、今も鮮明に残っております。これまでの積み重ねが今であるならば、これからの積み重ねが未来をつくる。チーム長妻に大きく期待をするとともに、政権交代の果たすべき役割を全力で実行していきたいと思っているところでございます。

さて、地域リハビリテーションの定義に、「地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う。」とされております。

私は、今回、その立場で質問させていただきます。多少、前半のあべ委員とかぶるところがあるかもしれませんが、こちらは太陽でコートを脱いでもらいたいと思っております。

皆さんがよく使うので使わせていただきますが、まずその前に、受動喫煙について少し質問させていただきたいと思います。

先般、受動喫煙対策に対する通知が出されておりますけれども、たばこ対策が積極的に行われるように進められるということですが、今後、受動喫煙防止対策をどのように取り組むのか、若干教えていただければと思います。

○山井大臣政務官　御質問ありがとうございます。

我が国が批准しておりますたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約においても明確にされているとおり、喫煙や受動喫煙が健康に及ぼす悪影響は明らかであることから、受動喫煙対策等のたばこ対策は、国民の健康増進の観点から重要と考えております。

このため、平成二十二年二月二十五日に、受動喫煙対策に関して基本的な方向性として、公共の場は原則として全面禁煙であるべき等を記した健康局長通知を発出したところであります。

今後は、通知後の影響について適宜、現状の把握を行いながら、対策を推進してまいりたいと考えております。

○山口（和）委員　ありがとうございます。

自分は病院にずっと勤務しておりましたので、病院でたばこを吸うとなると、少し犯罪者みたいな扱いがずっとされておりました。それが当たり前の世界だと思います。できれば国会内、ここに初めて来たときにびっくりしたのですが、堂々とたばこを吸える場所があちこちにあって、これは分煙すべきでないかと思われますので、ぜひ分煙に協力していただきたいと思います。

一方で、ＪＴ、たばこ産業はせっせと缶コーヒーや食品やいろいろなところで仕事を転換しておるんですが、たばこ料金を上げる値上げの話になるといつも出てくる問題は、たばこ農家に対する対策です。ぜひ、漢方薬をつくるなり、何か転作するための作戦を今からやっていただきたいと思っております。

さて、本題に入らせていただきます。

ちょっと皆さんにお聞きしたいんですが、皆さんは、ぴんぴんころりがよろしいでしょうか。ぴんぴんころりをしてみたいと思っていらっしゃいますでしょうか。（発言する者あり）そうですよね。普通は、ぴんぴんころりを望む方が多いです。その望む理由は何かというと、脳卒中になって病院に入って、障害を持っておうちに帰れなかったり、つらい思いをしたり、あるいは偏見の目で見られたり、そういうことが現実で起こっているわけです。まだまだ日本の社会に残っているわけです。ですから、ぴんぴんころりの方がいいという意見が多いと思われます。

そこで、住みよい社会をつくっていくために、若干質問させていただきます。

また、幼い子供がいれば保育所待機児童の問題、老いた親がいればこれまた入所待機、本人が希望するのであれば、施設等において適切な介護を受けられることが望ましいというのは言うまでもありませんが、本来、介護保険の理念は、介護の社会化と適切な在宅介護にあったのではないでしょうか。

資料の二の方を見ていただきたいと思います。

これは富山市のデータなんですけれども、富山市で調査したデータです。一般の方々に対する調査はよく見かけるんですけれども、施設入所されている方の調査というのは余り見かけないと思いますが、富山市は、在宅復帰というのを一生懸命やっている市でございます。その中で、介護保険施設に入所中の六百人について、面接法で調査した結果がございます。

在宅復帰への本人の意向としては、条件が整えば希望するという方が、本人としては、老健施設、介護療養型病院においては半分ぐらいいらっしゃる。一方で、在宅復帰への家族の意向はといいますと、極めて少ない数なんです。問題は、本人は帰りたいと思っていても、家族の受け入れがまず不安であるということが大きなところなんです。家族へのアプローチなしにして在宅復帰は成り得ないと思います。

次のページを見ていただくと、今までの施設で行われているサービスを見ますと、朝起きて、歯を磨いて、御飯を食べて、カラオケやいろいろなゲームをして、お昼御飯を食べて、夕方にお風呂に入って、また夜寝る。それの繰り返しをしていても、おうちに帰れるとは到底思えません。家に帰るためには、おうちに対するアプローチと徹底した自立回復が必要になってきます。まずこのことを念頭に置いていただきたいと思います。

そこで、次の質問に入りますけれども、要介護度が改善すると収入が減る。これは資料一を見ていただければいいんですが、資料一は、二〇〇四年に私の地元の増子輝彦議員が、当時、ここにいらっしゃる坂口厚労大臣に質問した内容でございます。

その当時は、中村局長さんがいらっしゃったときには、もう議論は尽くしたというような回答だったと思いますが、坂口厚生大臣はそのときに、検討するということを言っていただきました。私はすごく感動して、このメッ

セージの紙をずっと持っておりました。一生懸命やっている施設は頑張れば頑張るほどボーナスが減るような体制で、自立を支援すれば支援するほど何か収入が減っていくようなシステムでございました。ですので、このときの坂口厚生大臣に言っていただいた言葉は、非常に自分たちとしては明るい話題であったと思っています。

そこで質問なんですが、要介護状態を軽減させたりあるいは在宅復帰を実現させたりする介護老人保健施設などの介護事業所を評価するための導入は考えられないかということですが、お答えいただければと思います。

○山井大臣政務官　このリハビリテーションは一番重要なことでありまして、山口先生を初めとする現場の方々の御努力で、本当に、歩けなかった人が歩けるようになるとか、それで人生が大きく、クオリティー・オブ・ライフが向上する場合も多いのではないかと思います。

そして、今の御質問の件でありますが、現在は、要支援者が利用するデイサービス、通所リハビリテーションについては、要支援度の改善を介護報酬上評価しているところであります。逆に言えば、要介護の方々に関しては、まだ評価になっていないということであります。

これについては、質の高いサービスを安定的に利用できるようにするため、事業所を評価することは重要であると考えており、今、介護事業所の質の評価は調査研究を行っているところであります。

ただし、要介護度の改善そのものを直接介護報酬で評価することについては、高齢者は身体機能の悪化、改善を繰り返すことが多く、評価の対象期間の設定が難しいといった論点があり、何らかの方法で評価ができるかどうか、引き続き検討を続けてまいりたいと思っております。

○山口（和）委員　長年検討されて実現されなかったことでございますけれども、これは考えるに、可能性は非常にあると思いますので、ぜひ検討を続けていただきたいと思います。なるべく次の改定には実現していただきたいと思います。

次に、ケアマネジメントについて質問したいと思うんです。

これも前半のあべ委員とかぶってしまうんですけれども、所属事業所の利益にとらわれず、利用者にとって本当に必要なサービスを効率的に提供するということを観点に置けば、ケアマネジャーの独立性を担保すべきではないか。もちろん、今も独立しても構わないんですけれども、担保するためにはそれなりのものが必要になってくると思います。午前中で回答をいただいておりますので、この件については引き続き検討していただくということにしたいと思います。

続きましてもう一つ、施設ケアマネは本当に必要かという問題、ちょっとこれは通告にないかもしれませんけれども。

実は、介護老人保健施設のような施設に施設ケアマネジャーというのがいるんですけれども、在宅生活を一生懸命支援している在宅ケアマネが、施設に入っている方々のケアをマネジメントすることによって、可能性が高いのは、中立的な立場ができる。ここの老健は本当にサービスがいいのか、あるいはここの療養病棟が本当にいいのか、あるいはショートステイが本当にいいのか。家族も希望を出しやすいし、在宅を意識しやすいと思います。施設の虐待への目も入りやすくなります。ケアマネの目から見て本当にいい施設というものがわかるようになって、実際のサービスの提供のあり方が変わってくるし、在宅復帰の可能性が非常に高くなってくると思われます。

この件については提案したいなと思うんですけれども、もしよろしければちょっと返答いただければと思います。

○山井大臣政務官　御質問ありがとうございます。

老人介護保健施設あるいは老健というのは在宅復帰を目的としているわけですから、そこが思うように進んでいないという現状、山口委員のおっしゃるとおりだと思っております。

それについて、今おっしゃったことは、施設のケアマネというよりも在宅のケアマネがやった方がいいのではないかという提案だと思いますが、これは正直言いまして一長一短ございまして、施設のケアマネだからこそ、施設内でのその高齢者が置かれている状況がよくわかっているという部分もありまして、現状においては、施設の入所者であっても、包括支援センターのケアマネジャーとか施設外のケアマネジャーの助言をいただきながら判断するということがあるんですけれども、今おっしゃったこと、どういう形でこれからより充実していけるか、

また検討させていただきたいと思います。
○山口（和）委員　ありがとうございます。ぜひ検討していただきたいと思います。
　それから、これもまたあべ委員とかぶってしまうんですけれども、人員配置は、やはり日本においては極めて少ない人数でやっています。夜間においても少ない人員でしておりますし、拘束はなかなか、してはいけない、もう当たり前のことですけれども、そういった場合に、転倒したりする方がいらっしゃって、どうしても裁判でも施設側が負けてしまったりします。やはり人員配置というのは非常に重要ですので、ぜひ検討していただきたいと思いますが、ただ、施設によって、あるいはサービスの提供するところによって、ピンからキリまであるんですね。
　長妻大臣が以前に視察に行かれた特別養護老人ホームは、日中のおむつがゼロです。認知症ケアに対するサービスもかなり充実しております。では、スタッフの数はというと、そんなに極端に、倍いるとか、そういうわけではございません。やはり質だと思うんですね。その辺について、量と質についてお答えいただければと思います。
○長妻国務大臣　山口委員におかれましては、病院のリハビリの責任者としても活躍されておられて、今後とも御指導いただきたいと思います。
　私も大臣に就任して、実体験ということで介護の体験をさせていただいた施設では、今おっしゃったように、日中はおむつをつけないで介護をしようということで頑張っておられる施設でありましたが、やはり最低基準の人員配置ではきめ細やかなものが難しいということで、それを上回る配置をしていただいている施設もあるということであります。
　午前中も答弁申し上げましたけれども、まずは処遇改善ということに取り組む必要があると考えておりますので、今は一万五千円の上乗せ月額報酬ということでありますが、それに見合った資金提供ということでありますけれども、それにさらに加えて処遇改善を続けていきたいというふうに考えておりまして、二年後の介護報酬の見直しのときにも、これは一つの論点になるというふうに考えております。
○山口（和）委員　ありがとうございます。ぜひ検討していただきたいと思います。
　いろいろなサービスを、質を高めて、配置基準をふやしたり、いろいろなことをするんですけれども、どうしてもやはり在宅に帰れない方がいらっしゃるんですね。そういった場合に、ぜひ低所得者向けの受け皿をしていただきたいと思います。
　次に、リハビリテーションの提供体制についてお伺いいたします。
　在宅に帰ろうとしたとき、あるいは帰ったときに極めて重要になってくるのがリハビリテーション、訪問リハビリテーション等々ですが、これが介護保険の限度額を超えて、どうしても生活のための介護保険の活用というふうになってしまうことがあります。そこについて、リハビリを集中的に行えるような、優先されるような何か解決の手だてはないかということでお聞きしたいと思います。
○山井大臣政務官　御質問ありがとうございます。
　山口委員の御指摘というのは、もう少しリハビリをやれば歩けるようになるとか、改善が著しいのに、限度額を超えると全額自己負担になってできない、そこが非常にもうもどかしいという趣旨だというふうに思っております。
　現状では四割から六割程度しか限度額を使っておられないという方が平均でありまして、限度額を上げると保険財政を圧迫するのではないかという批判がある一方、もう少しサービスがいけば、在宅にずっといられて、逆に施設に入らなくて済むのではないか、そういう意見もありますので、厚生労働省では、リハビリにかかわらず区分支給限度額基準を超えてサービスを受けておられる方々がどれぐらいおられて、どういう状況なのかというのを把握しておりまして、そのことを踏まえて、この支給の限度額についても再検討していきたいと思っております。
○山口（和）委員　前向きな御回答、ありがとうございます。
　地域リハ体制の強化においてもう一つですが、今後、プライマリーケアが重要になってきて、地域の中で、健康管理であったり、疾病、再発予防であったり、かかりつけ医機能は強化されていくものと思っております。そのかかりつけ医の共同利用施設として訪問リハビリステーションというものを追加していきたいと思うんです。

ちょっと時間がなくなってきたんですけれども、資料の四ページ目の方を見ていただくとわかると思うんですが、四ページの右側の図です。これはケアマネ五千人にアンケートを出して、回収率は二七％、千三百件戻ってきたものですが、ケアプラン作成時にケアマネジャーとしてはリハビリテーションが必要だということが資料三のページには書いてありますが、その次のページを見ていただくと、訪問リハサービスが充実しているかというと、必ずしもそうではないといったときに、かかりつけの先生、A先生、B先生、C先生が共同利用して行おうとすれば、今は訪問看護ステーションからのリハビリテーションしかできない状況なんですね。

そこで、訪問看護でリハビリをやっていないところがあったとすると、その近くに訪問看護ステーションをもう一個設けなきゃいけないとかという何か面倒くさいことがたくさん起きてきます。ですので、訪問リハステーションが地域の中にあれば開業医の先生が共同利用できる、非常にいい案だと思うんですが、ちょっと見解をいただければと思います。

○長妻国務大臣　高齢者が住みなれた地域で生活を続ける上で、訪問リハビリテーションというのは重要なサービスだということは認識を同じくしていると思います。

これは従来も、いろいろなリハビリテーションを提供した場合、加算というのがあるというのは御存じだと思いますけれども、議員が提案されたような訪問リハビリステーションの創設については、看護師あるいはお医者さんが密接あるいは継続的に関与するというのが必要不可欠になってまいります。ある意味ではチームで対応するということが必要でありますので、これからも、二年後の介護報酬改定に向けて、この体制を進めるべく取り組んでいきたいと考えております。

○山口（和）委員　どうもありがとうございました。

私の地元の福島県石川町では、三十近くの介護予防のためのサロンが展開されております。介護保険を使わずに、しかも事業費としては一銭も使わずに、保健師の努力によって、三十近くのサロンができておったりします。サービスを効果的に使うための施策をぜひ展開していただければと思います。

どうもありがとうございました。